

Health and Financial Support Application (Solicitud de Ayuda Económica y Servicios Médicos)

¿Qué tipo de ayuda desea?

Parte A

Department of Human Services (DHS) tiene varios programas que podrían ayudarlos a usted y a su familia. Complete este formulario para que podamos ayudarle a encontrar los programas adecuados para sus necesidades.

Lea los programas que se indican a continuación. Elija los programas que desea solicitar y complete dichas secciones del formulario. Todas las personas deben llenar la **Parte A (rosa)**.

Food Assistance

Parte B

El Programa Food Assistance (Asistencia para alimentos), anteriormente conocido como Food Stamps (bonos para alimentos), le ayuda a comprar alimentos para estar saludable. Podría conseguir Food Assistance el 7mo día después de haberlo solicitado. Esto se llama Servicio de Emergencia. Si desea solicitar Food Assistance, complete la **Parte A (rosa)** y la **Parte B (naranja)**.

Medicaid o State Supplementary Assistance (SSA)

Parte C

Medicaid también es conocido como "Title 19" (Título 19). Le ayuda a pagar facturas médicas, medicamentos bajo receta, atención médica en sanatorios, servicios para que los enfermos puedan quedarse en su hogar en lugar de ser hospitalizados, y la prima total o parcial de Medicare. State Supplementary Assistance (Asistencia Estatal Complementaria) es un beneficio en dinero en efectivo para ciertas personas ancianas o discapacitadas. Si desea solicitar Medicaid o State Supplementary Assistance, complete la **Parte A (rosa)** y la **Parte C (verde)**.

Well-Child y Atención Médica Prenatal

Parte D

WIC (Programa Especial de Nutrición Complementaria para Mujeres, Bebés y Niños) – ayuda con cheques que pueden ser usados en las tiendas de comestibles y en las farmacias de Iowa para comprar alimentos nutritivos para mujeres embarazadas y durante el postparto, y paraniños menores de 5 años. Si necesita WIC, llame al 1-800-532-1579 o visite la página de Internet de WIC <http://www.idph.state.ia.us/wic/families.asp> para encontrar información sobre cómo hacer una cita con su agencia local de WIC. Si está embarazada o tiene hijos menores de 21 años, podría recibir asistencia adicional para controles de Well-Child (niños saludables), vacunaciones y atención médica prenatal. Si desea obtener estos servicios, complete la **Parte A (rosa)** y la **Parte D (azul)**.

Family Investment Program (FIP) o Refugee Cash Assistance

Parte E

El Programa de Inversión Familiar (Family Investment Program, FIP) también es conocido como Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF). FIP le brinda asistencia temporal en dinero en efectivo para niños y familias. Los Refugiados que no obtengan FIP pueden conseguir Refugee Cash Assistance (Asistencia en Efectivo para Refugiados). Si desea solicitar FIP o Refugee Cash Assistance, complete la **Parte A (rosa)** y la **Parte E (violeta)**.

Child Care Assistance

Parte F

Child Care Assistance (Asistencia para Guardería) le ayuda a pagar el cuidado de su hijo mientras los padres o la persona a cargo del cuidado van a trabajar o a estudiar. También se puede usar para el cuidado de niños mientras los padres o la persona a cargo del cuidado están buscando trabajo o no pueden cuidarlos por razones de salud. Si desea solicitar Child Care Assistance, complete la **Parte A (rosa)** y la **Parte F (azul turquesa)**.

¿Qué debo hacer para conseguir ayuda?

Puede solicitar uno o más de los programas descritos en la página anterior.

Paso 1. Complete el formulario.

Todas las personas pueden completar el formulario. Puede utilizar un formulario impreso o hacer la solicitud por Internet en www.oasis.iowa.gov. Si decide hacer la solicitud utilizando este formulario, responda todas las preguntas que pueda. Si no puede completar todo el formulario en un solo día, complete y entregue la Página 1, pero no olvide completar y entregar el resto del formulario tan pronto como sea posible. Si necesita ayuda para llenar el formulario, pida ayuda en la oficina local de Department of Human Services (DHS).

Paso 2. Devuélvanos el formulario.

Puede traerlo o enviarlo por correo a la oficina local de DHS. Su fecha de solicitud será la fecha en que recibamos la Página 1 con su nombre, domicilio y firma. Ese día comienza a correr el tiempo que tenemos para gestionar su solicitud. También es la fecha en que su Food Assistance podría comenzar.

Paso 3. Entréguenos comprobantes y venga a una entrevista si se lo pedimos.

Es posible que le pidamos:

- Comprobante de su identidad y la identidad de las personas para quienes solicita asistencia. Algunos ejemplos son: licencia de conductor, tarjeta del seguro social (no sirve como comprobante para Medicaid) o su documentación como inmigrante.
- Comprobante de que usted y las personas para quienes solicita asistencia son ciudadanos estadounidenses o están nacionalizados.
- Comprobantes del dinero que recibió en los últimos 30 días, por ejemplo: recibos de sueldo, registros de trabajo por cuenta propia o cartas aprobando asignaciones.
- Comprobantes de cosas que tenga, por ejemplo: cuentas bancarias, cuentas de fideicomisos, acciones o bonos.

Podría tener que presentar otros comprobantes. Si no puede presentarlos de inmediato, se le dará tiempo para que los consiga. Si no puede conseguir los comprobantes, pídale a DHS que le ayude a conseguirlos.

Se programará una entrevista, si es necesario. Debe venir a la entrevista aunque no tenga todos los comprobantes que necesitamos. Las entrevistas no son necesarias si solicita únicamente Medicaid para un niño o Asistencia para Guardería.

Información sobre la situación migratoria

Puede solicitar asistencia para una parte de su grupo familiar aunque no tengan estado legal de inmigración. Por ejemplo, los padres que no son inmigrantes legales pueden solicitar asistencia para sus hijos que son ciudadanos estadounidenses o inmigrantes legales acreditados. Podría tener que presentar comprobantes de la situación migratoria o de la ciudadanía estadounidense de cada una de las personas de su grupo familiar para las que solicita asistencia.

La situación migratoria de su grupo familiar podría ser verificada con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración. Toda información que recibamos de dicho organismo podría afectar los beneficios de su grupo familiar. No nos comunicaremos con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración para averiguar sobre las personas para las cuales no solicite asistencia. No obstante, podremos utilizar sus ingresos y activos para ver si el resto del grupo familiar puede obtener ayuda.

Addendum to Application and Review Forms for Release of Information (Anexo a los Formularios de Solicitud y Revisión para Divulgar Información)

Divulgación de Información - OPCIONAL

¡Ayúdenos a ayudarle!

No tiene obligación de firmar esta autorización, pero nos ayudaría a obtener la información que necesitamos para ayudarle y no tendríamos que pedirle que firme ciertas solicitudes.

Debe saber que:

- Podríamos necesitar más información para decidir si puede obtener asistencia.
- Si necesitáramos que nos proporcione más información, recibirá una carta informándole qué necesitamos y la fecha en que debe entregarla.
- Es su responsabilidad conseguir dicha información o pedirnos que le ayudemos a conseguirla.
- Si no nos proporciona dicha información ni nos pide ayuda antes de la fecha de entrega de la misma, su solicitud podría ser denegada o la asistencia podría terminar.
- Podríamos utilizar esta autorización para obtener la información necesaria. **Pero aún así, deberá conseguir la información que le solicitemos o pedirnos ayuda para conseguirla.**
- Podríamos adjuntar una copia de la autorización a otros formularios para solicitarles a otras personas u organizaciones (como, por ejemplo, su empleador) que nos proporcionen determinada información sobre usted o su grupo familiar.

Escriba su nombre en letra de imprenta y firme para autorizarnos a obtener la información necesaria.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Por la presente autorizo a cualquier individuo u organización a entregar a Department of Human Services de Iowa la información solicitada sobre mi persona o mi grupo familiar.

Una copia de esta autorización es tan válida como el original.

Esta autorización no es válida en el caso de información médica protegida.

Esta autorización es válida por 12 meses a partir de la fecha de mi firma.

Su nombre (en imprenta legible)

Nombre de otro adulto (en imprenta legible)

Firma o marca

Firma o marca

Fecha

Health and Financial Support Application (Solicitud de Ayuda Económica y Servicios de Salud)

¿Qué tipo de ayuda desea? Parte A

Marque las casillas correspondientes a los programas que desea solicitar. No marque ningún programa que actualmente ya está recibiendo.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Food Assistance
<input type="checkbox"/> Family Investment Program
<input type="checkbox"/> Well Child and Prenatal Care | <input type="checkbox"/> Medicaid or State Supplementary Assistance
<input type="checkbox"/> Child Care Assistance |
|--|---|

Sus datos Parte A

Nombre	Teléfono ()	¿Cuál es el mejor horario para llamar, si fuera necesario?	
Número de Social Security	Fecha de nacimiento		
Domicilio	Ciudad	Estado	Cód. Postal
Dirección Postal (si es diferente)	Ciudad	Estado	Cód. Postal

Su firma Parte A

Certifico, bajo pena de cometer perjurio, que:

- La información que estoy por dar es correcta y completa a mi leal saber y entender.
- Mi respuesta con respecto a la ciudadanía o el estado legal inmigratorio de cada una de las personas para las que solicito asistencia es correcta.

Conserve la portada y la Parte G.

Su firma o marca	Fecha de hoy
Firma de la persona que me ayudó a completar el formulario, si corresponde	Fecha de hoy
Nombre en letra de imprenta de la persona que me ayudó a completar el formulario, si corresponde	Teléfono
Dirección postal de la persona que me ayudó a completar el formulario	Ciudad Estado Cód. Postal

Si necesita ayuda para completar este formulario, llame a la oficina local de DHS.

Food Assistance en 7 días – Servicio de Emergencia

¿Quién puede recibir Food Assistance en 7 días?

- Grupos familiares con ingresos brutos inferiores a \$150 por mes y con activos, como dinero en efectivo o cuentas bancarias, con \$100 o menos;
- Grupos familiares con alquileres, hipotecas o servicios públicos que superan el ingreso bruto mensual y los activos del grupo familiar;
- Grupos familiares con trabajadores rurales por temporada y con activos de \$100 o menos que dejarán de recibir ingresos o comenzarán a recibirlos.

Food Assistance en 30 días

Si no obtiene Servicio de Emergencia, recibirá Food Assistance dentro de 30 días si califica, o una carta informándole por qué no califica.

Todos los otros programas

Le enviaremos una carta dentro de los 30 días posteriores a la fecha de recepción de su solicitud, en la que le informaremos si recibirá ayuda o no. Si solicita Medicaid y es elegible para el programa Medically Needy, le enviaremos una carta dentro de 45 días.

Utilizamos los siguientes términos en este formulario. Esto es lo que significan:

Extranjero	Una persona que no es ciudadana estadounidense.
Tarjeta EAC	Una tarjeta electrónica (tarjeta de débito Visa) para cobrar su asistencia en efectivo.
Tarjeta EBT	Una tarjeta magnética de plástico que usará en la tienda de comestibles para comprar alimentos.
Elegible	Que cumple con todas las normas del programa.
Grupo familiar	Un grupo de personas que viven juntas.
PROMISE JOBS	Un programa de capacitación laboral para Family Investment Program (FIP).
Control de calidad	Una unidad de DHS que podría evaluar su caso para ver si está recibiendo la asistencia correcta. Si su caso es seleccionado, la unidad de control de calidad se comunicará con usted.
Refugiado	Una persona que ingresa a los EE.UU. en condición de refugiado.
Necesidades especiales para guardería	Un menor que ha sido diagnosticado por un profesional y sufre una afección que limita las actividades más importantes de la vida diaria.

Podemos concederles ayuda únicamente a las personas que nos den su Número de Social Security o el comprobante de solicitud expedido por la oficina de Social Security. No tiene que darnos los Números de Social Security de las personas de su grupo familiar para las que no solicita asistencia, pero puede hacerlo si lo desea. No obstante, utilizaremos todos los Números de Social Security que nos entregue del mismo modo que utilizamos los de las personas para las que solicita asistencia.

Le denegaremos asistencia a aquellas personas que no presenten su Número de Social Security. Existen algunas excepciones. Pregúntele a su asistente.

No le entregaremos ningún Número de Social Security al Servicio de Ciudadanía e Inmigración.

Personas que viven en su hogar

Indique los nombres de todas las personas que viven en su hogar y marque la casilla sí o no para indicar si está solicitando asistencia para dicha persona. Si elige “no”, debe indicar solamente el nombre, el parentesco con usted y la fecha de nacimiento.

Tenemos que preguntarle sobre su etnia y raza, pero no tiene obligación de responder. Su respuesta no afectará el importe de la asistencia ni cuándo la recibirá. Si decide responder, utilice los siguientes códigos:

*** Etnia**

- H = Hispano o latino
- N = Ni hispano ni latino

**** Raza (Elija todas las que correspondan)**

- W = Blanca
- B = Negra o afroamericana
- A = Asiática
- I = Indio americano o nativo de Alaska
- N = Nativo Hawái u otra isla del Pacífico

¿Solicita asist.? Sí=S No=N	Nombre y Apellido	Parentesco con usted	Fecha de Nac.	Esta- do de Nac.	Último grado escolar	Nº de Social Security	Etnia *	Raza **	¿Ciuda- dano? Sí=S No=N	Si es Extran- jero, Esta- tus
		Yo								

Abuelos y otras personas que solicitan asistencia para menores que no son hijos propios:

Si solicita FIP y Medicaid para los menores únicamente, responda el resto de las preguntas sobre los menores solamente. Si solicita Food Assistance, Child Care Assistance, o desea FIP o Medicaid para usted, responda las preguntas sobre todas las personas que viven en su hogar.

Indique el nombre de las personas discapacitadas que viven en su hogar: _____

Indique el nombre de las embarazadas que viven en su hogar: _____ Fecha de parto: _____

Indique el nombre de los mayores de 18 años que cursan estudios superiores o comerciales: _____

Indique el nombre de aquellos que están en las fuerzas armadas, son veteranos o cónyuges de veteranos: _____

Indique el nombre de las personas que reciben beneficios médicos de otro estado: _____

¿De qué estado? _____

Antecedentes penales e inhabilitaciones

¿Alguien está huyendo para evitar que lo procesen, lo detengan o lo encarcelen por un delito grave? Sí No

¿Alguien ha violado su libertad condicional o bajo palabra? Sí No

¿Alguien está en la cárcel o prisión o espera ir a la cárcel o prisión? Sí No

¿Alguien ha sido inhabilitado para el programa Food Assistance en algún estado por fraude o infracción al programa? Sí No

Gastos

Parte A

Para recibir toda la asistencia posible, cuéntenos sobre sus gastos.

Indique la parte que paga para el cuidado diurno de niños o adultos discapacitados que viven con usted:

Quién recibe cuidado: _____ \$ _____ por mes

Si alguien actualmente paga manutención de menores, indique lo siguiente:

Quién paga: _____ \$ _____ por mes

Ingresos

Parte A

Debe informarnos sobre todo el dinero que reciben los integrantes de su grupo familiar. Si deja un espacio en blanco, entenderemos que no existe dinero de dicho tipo. Utilice una hoja extra si es necesario.

Indique todos los empleos que tienen los integrantes de su grupo familiar.

¿Quién trabaja?	Nombre del empleador	¿Cuánto cobra por hora?	¿Cuántas horas espera trabajar por semana?	¿Con qué frecuencia cobra?	¿Recibe propinas?
		\$ _____	Horas normales: _____ Horas extras: _____	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Otro (explique) <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Sí, Importe semanal \$ _____ <input type="checkbox"/> No

		\$ _____	Horas normales: _____	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Otro (explique) <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Sí, Importe semanal \$ _____ <input type="checkbox"/> No
			Horas extras: _____		

¿La cantidad de dinero informada arriba continuará siendo más o menos la misma? Sí No

Si respondió no, explique _____

¿Alguien ha sido contratado pero aún no ha recibido paga? Sí No

Si respondió sí, ¿quién? _____ Nombre del empleador _____

¿Alguien dejó de trabajar en los últimos 30 días? Sí No

Si respondió sí, ¿quién? _____ Nombre del empleador _____

¿Qué otros ingresos recibe su grupo familiar?	¿Quién lo recibe?	Importe Mensual
Empleo por cuenta propia o trabajos esporádicos		
Seguro de desempleo o Worker's Compensation		
Beneficios de Social Security o SSI		
Beneficios para Veteranos, Jubilaciones o Fondos de Retiro		
Manutención o Pensión de Alimentos		
Dinero proveniente de amigos o parientes		
Otros: (Incluyendo pagos irregulares o que se reciben una sola vez) Explique:		

¿El monto de esos otros ingresos continuará siendo más o menos el mismo? Sí No

Si respondió no, explique _____

Recursos (Activos)	Parte A
---------------------------	----------------

¿Alguien tiene un auto, camioneta, bote, casa rodante, motocicleta u otro vehículo? Sí No

Si respondió sí, indique la marca, el modelo y el año.

Indique el total de dinero que tienen en:

Cuentas de cheques/ahorro u otras cuentas bancarias o cooperativas de crédito \$ _____ ¿Quién? _____

Efectivo \$ _____ ¿Quién? _____

Acciones, bonos, certificados de ahorro,
anualidades, IRA, Keogh u otros activos \$ _____ ¿Quién? _____

Indique si alguien tiene o es propietario de terrenos, edificios,
o viviendas, que no sea la casa en que usted vive: _____

Indique si alguien posee una tutela testamentaria o un fideicomiso: _____

Food Assistance

Parte B

Si no recibe Food Assistance y desea solicitarla, responda las preguntas de esta sección.

Indique los nombres de las personas de su grupo familiar que no solicitan Food Assistance:

Infórmenos quién no come con usted: _____

Indique quién tiene una tarjeta EBT de Iowa: _____

¿Alguien es trabajador rural estacional o itinerante? Sí No

¿Alguien renunció a su empleo en los últimos 30 días? Sí No

Ayuda para solicitar Food Assistance

Parte B

Puede pedirle a otra persona que complete el formulario, responda las preguntas por usted, dé información en la entrevista y compre alimentos con la tarjeta EBT. Si decide que alguien le ayude, podremos compartir información con dicha persona. No tiene obligación de hacerlo.

Podremos compartir información con esta persona. Infórmenos quién es la persona que le ayudará.

Nombre	Domicilio	Teléfono

Gastos de Food Assistance

Parte B

Para recibir toda la asistencia para alimentos que sea posible, cuéntenos sobre sus facturas.

Vivienda y servicios públicos

¿Qué parte paga de los siguientes gastos?

Alquiler: \$ _____ por mes

Alquiler de terreno: \$ _____ por mes

Hipoteca: \$ _____ por mes

Si paga impuestos o seguros aparte de la hipoteca, indique los montos a continuación:

Impuestos a la propiedad: \$ _____ por _____

Seguro de propietario: \$ _____ por _____

Marque las casillas correspondientes a las facturas de servicios públicos que paga:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Luz/electricidad | <input type="checkbox"/> Agua y cloacas |
| <input type="checkbox"/> Gas | <input type="checkbox"/> Recolección de residuos |
| <input type="checkbox"/> Teléfono | <input type="checkbox"/> Otros costos cobrados por el propietario |
| <input type="checkbox"/> Otras, explique _____ | |

- Marque esta casilla si debe pagar facturas por calefacción o aire acondicionado.
- Marque esta casilla si recibió asistencia para energía eléctrica el año pasado en su domicilio actual.
- Marque esta casilla si tiene un plan de vivienda con alquiler económico. Si respondió sí, ¿qué parte del alquiler paga? \$ _____

Gastos Médicos

Infórmenos sobre los gastos médicos que el seguro no paga para personas discapacitadas o mayores de 59 años. Pueden ser facturas de médicos o del hospital, medicamentos, transporte, primas del seguro médico u otros servicios médicos.

Quién paga: _____ Importe por mes: \$ _____

Ayuda para pagar gastos

Si recibe ayuda para pagar sus gastos, infórmenos:

Qué gasto se pagó	Quién lo pagó	Importe pagado

Medicaid o State Supplementary Assistance (SSA) Parte C

Si no recibe Medicaid ni SSA y desea solicitarlos, responda las preguntas de esta sección.

Indique los nombres de las personas que viven en su hogar que **no** solicitan Medicaid ni SSA:

- _____
- ¿Alguien recibió atención médica en los últimos tres meses? Sí No
- ¿Quién? _____ ¿En qué meses? _____
- ¿Alguien tiene seguro de vida o beneficios por fallecimiento? Sí No
- ¿Alguien regaló algo valioso o transfirió algo por menos de su valor en los últimos 5 años? Sí No
- ¿Alguien espera recibir un pago por única vez, por ejemplo, una herencia o una liquidación del seguro, o alguien los recibió en los últimos 3 meses? Sí No
- ¿Alguien tiene Medicare u otro seguro médico? Sí No

Marque si necesita ayuda adicional para pagar los siguientes o información sobre los mismos:

- Gastos médicos de una persona que se encuentra internada en un sanatorio u otra institución.
Nombre del sanatorio o institución: _____
- Su prima de Medicare.
- Asistencia para alguien que depende de una persona anciana o discapacitada.
- Servicios para que una persona enferma pueda quedarse en su casa.
- Gastos médicos de un menor en cuidado adoptivo temporal o en adopción subsidiada.
- Servicios de planificación familiar.

Manutención pagada por el padre/la madre ausente

¿Está recibiendo ayuda de la Unidad para Recuperación de Manutención de Menores (Child Support Recovery Unit) para conseguir o ejecutar una orden de manutención o servicios médicos para un menor? Sí No

Si respondió que no, Child Support Recovery Unit puede ayudarle a conseguir que el padre o la madre ausente paguen manutención o seguro médico. También pueden ayudarle a localizar a los progenitores ausentes y a sus empleadores, a establecer la paternidad, o a establecer o modificar las órdenes de manutención. **¿Desea ser remitido/a para recibir ayuda con alguna de estas cosas?** Sí No

¿Está dispuesto/a a cooperar con nosotros para conseguir seguro médico o asistencia médica de cualquiera de los padres que no estén en el hogar? (No tiene obligación de cooperar si solamente desea Medicaid para un niño.) Sí No

Nombre y domicilio del progenitor que no vive in el hogar	Fecha de nac. del progenitor	Nº de Social Security del progenitor	Nombres de los hijos de este progenitor	Condado donde se presentó la orden judicial, si corresponde	¿Debe el progenitor pagar asistencia médica en efectivo por orden judicial?

Nombre y domicilio del empleador del progenitor que no vive en el hogar _____

Si está/estuvo casado/a con este progenitor, indique la fecha y el lugar del casamiento: _____

Doy mi permiso para que DHS comparta la información contenida en este formulario con las agencias locales de salud infantil, salud maternal y WIC para que me ayuden con los siguientes programas:

- Asistencia Nutricional (WIC)
- Asistencia para mujeres embarazadas
- Asistencia para atención médica de Well Child

Las agencias locales de salud infantil, salud maternal y WIC se comunicarán con usted.

Si no recibe FIP ni Refugee Cash Assistance y desea solicitarlos, responda las preguntas de esta sección.

Indique el nombre de las personas que viven en su hogar que **no** solicitan FIP:

Indique el nombre de las personas que tienen la Tarjeta EAC de Iowa _____

¿Alguien espera recibir un pago por única vez, por ejemplo, una herencia o una liquidación del seguro, o alguien los recibió en los últimos 3 meses? Sí No

¿Alguien tiene seguro de vida o beneficios por fallecimiento? Sí No

Indique el nombre de quien haya recibido TANF u otros beneficios de de asistencia en efectivo fuera de Iowa desde el 1º de enero de 1997: _____

¿Dónde? _____

¿En qué meses? _____

Manutención de menores

Si ya completó esto en la página anterior, no necesita llenarlo de nuevo. Complete esta sección para cada uno de los progenitores que no viven en el hogar con sus hijos.

Nombre y domicilio del progenitor que no vive en el hogar	Fecha de Nac. del progenitor	Nº de Social Security Number del progenitor	Nombres de los hijos de este progenitor	Condado donde se presentó la orden judicial, si corresponde

Nombre y domicilio del empleador del progenitor que no vive en el hogar _____

Si está/estuvo casado/a con este progenitor, indique la fecha y el lugar del casamiento: _____

Si no recibe Child Care Assistance y desea solicitarla, responda las preguntas de esta sección.

Indique los nombres de los niños que viven en su hogar y necesitan guardería: _____

Indique los nombres de los niños que tienen necesidades especiales: _____

Indique los horarios laborales de los adultos de su grupo familiar.

Nombre de la persona que trabaja _____	Nombre de la persona que trabaja _____
Lunes _____ a _____	Lunes _____ a _____
Martes _____ a _____	Martes _____ a _____
Miércoles _____ a _____	Miércoles _____ a _____
Jueves _____ a _____	Jueves _____ a _____
Viernes _____ a _____	Viernes _____ a _____
Sábado _____ a _____	Sábado _____ a _____
Domingo _____ a _____	Domingo _____ a _____

¿Necesita guardería mientras asiste a un establecimiento educativo? Sí No
 Si respondió que sí, deberá entregarnos una copia de su horario escolar.

¿Está inscripto/a en una institución de educación superior? Sí No

¿Necesita guardería por otro motivo, por ejemplo, hospitalización o búsqueda de empleo? Sí No

Si respondió sí, explique: _____

Indique el nombre de la persona o agencia que cuidará a sus hijos:

Nombre del proveedor	Teléfono	
Domicilio		
Ciudad	Estado	Código postal

Tiene derecho a apelar

Parte G

Usted o la persona que le esté ayudando pueden solicitar una audiencia de apelación si no están de acuerdo con las acciones tomadas en su caso. En el caso de Food Assistance, puede apelar por escrito o por teléfono. Para todos los otros programas, debe apelar por escrito. Para apelar por escrito, haga **una** de las siguientes cosas:

- Complete la solicitud electrónicamente en <https://dhssecure.dhs.state.ia.us/forms/>, o
- Escriba una carta diciéndonos por qué cree que la decisión está errada, o
- Llene un formulario de Apelación y Solicitud de Audiencia. Puede conseguirlo en la oficina DHS del condado.

Envíe o lleve su apelación a Department of Human Services, Appeals Section, 5th Floor, 1305 E Walnut Street, Des Moines, Iowa 50319-0114. Si necesita ayuda para presentar la apelación, pregunte en la oficina de DHS de su condado.

Puede representarse usted mismo o pedirle a un amigo, pariente, abogado o alguien más que actúe en su nombre.

Puede comunicarse con la oficina de DHS del condado para informarse sobre servicios legales. Es posible que deba pagar dichos servicios. De ser así, el pago será proporcional a sus ingresos. También puede llamar a Iowa Legal Aid al (800) 532-1275. Si vive en el condado de Polk, llame al (515) 243-1193.

No será discriminado/a

Parte G

La política de Iowa Department of Human Services (DHS) es ofrecer trato equitativo con respecto a empleo y prestación de servicios a los solicitantes, empleados y clientes, sin importar su raza, color, país de origen, sexo, religión, edad, incapacidad, ideología política o condición de veterano.

Si considera que DHS le ha discriminado o acosado, puede enviar una carta presentando su queja a:

Iowa Department of Human Services, Office of Human Resources, Hoover Building – 1st Floor, 1305 E. Walnut, Des Moines IA 50319-0114; fax (515) 281-4243 or via e-mail stopit@dhs.state.ia.us

(Únicamente para Food Assistance) USDA - Director Office for Civil Rights, 1400 Independence Ave SW, Washington DC 20250-9410, o llamar al 1-800-795-3272 (Voz) o al (202) 720-6382 (TDD Español).

Todos los programas

Parte G

Verificamos lo que nos informa

La información que nos proporciona puede ser verificada por funcionarios federales, estatales y municipales para asegurarnos que es cierta. Las cosas que podemos verificar con respecto a las personas mencionadas son: número del seguro social, empleo y salario, monto de la cuenta bancaria, estado legal de inmigración, montos recibidos de otras fuentes como Social Security o el seguro de desempleo. Si la información que nos proporciona no es correcta, podremos denegar su solicitud.

Podemos verificar los registros de otros estados para ver si los miembros de su grupo familiar pueden recibir beneficios en Iowa. Esto se hace porque una persona podría haber sido inhabilitada de un programa en otro estado.

Verificamos y usamos sistemas informáticos como el State Income and Eligibility Verification System. Si algo que nos informó no coincide con la información del sistema, verificaremos para averiguar cuál es la correcta. Podríamos verificar su información comunicándonos con su empleador, su banco y otras personas. Para hacer este tipo de verificación con su empleador, su banco y otras personas, primero le preguntaremos a usted.

Cosas que debe saber:

DHS puede entregarles sus respuestas a los funcionarios del orden público para que atrapen a aquellas personas que estén huyendo para eludir a la ley.

La unidad de Control de Calidad o la Unidad de Investigaciones pueden revisar su caso. Ellos pueden comunicarse con otras personas u organizaciones para obtener comprobantes de su información. Al firmar este formulario, usted nos autoriza a divulgar información confidencial a la unidad de Control de Calidad o a la unidad de Investigaciones. Debe cooperar con ellas para conservar sus beneficios.

En caso de no ser elegible para recibir beneficios, deberá reintegrar todos los beneficios que obtuvo o que hayan sido pagados a terceros en su nombre.

La sección 1128B de la Ley de Seguridad Social establece penas a nivel federal por actos fraudulentos y la presentación de información falsa relacionada con estos programas.

Toda persona que obtenga, intente obtener o ayude a otra a obtener asistencia a la cual no tiene derecho, es culpable de infracciones a las leyes del estado de Iowa. Esto incluye, entre otros, los capítulos 239B, 243, 249 y 249A del Código de Iowa.

Sus gastos pueden ser usados para calcular el monto de la asistencia que recibirá. Si informa y presenta comprobantes de sus gastos, puede pedir que los mismos se incluyan en el cálculo de sus beneficios. Si no informa ni presenta comprobantes de sus gastos, entonces se considerará que usted eligió no reclamar el gasto. Puede informar y presentar comprobantes más adelante y el gasto podrá computarse en meses futuros.

Se le entregará la Com. 233 durante la entrevista. En ella encontrará información sobre todos los otros derechos y obligaciones que no hayan sido mencionados en este formulario.

Food Assistance

Parte G

Normas del Programa Food Assistance

Cumpla estas normas:

- **No** oculte ni proporcione información falsa a propósito para obtener Food Assistance.
- **No** use los beneficios de Food Assistance para comprar artículos que no sean alimentos, como por ejemplo alcohol o tabaco.
- **No** canjee, ni venda ni regale los beneficios de Food Assistance.
- **No** utilice los beneficios de Food Assistance de otra persona para su uso personal.
- **No** deje de informar si los ingresos de su grupo familiar superan el límite establecido.

Si obtiene Food Assistance, su asistente le informará cuál es el límite de ingresos para su grupo familiar. Si los ingresos de su grupo familiar superan el límite establecido durante un mes, debe informarnos antes del 10mo día del mes siguiente. Si no nos informa a tiempo, podría tener que reintegrar los beneficios.

Sanciones del Programa Food Assistance

Toda persona que quebrante las normas mencionadas anteriormente:

- No podrá recibir Food Assistance por **1 año la primera vez, 2 años la segunda vez, y en forma permanente la tercera vez;**
- Podrá ser sancionada con una multa de hasta \$250,000 o con prisión de hasta 20 años, o ambas; y
- Podrá ser excluida de Food Assistance por 18 meses adicionales, por orden judicial.

Si un tribunal le encuentra culpable de comprar, vender o comerciar con más de \$500 de Food Assistance, perderá sus beneficios para siempre.

Si un tribunal le encuentra culpable de canjear los beneficios de Food Assistance por armas, municiones o explosivos, perderá los beneficios para siempre.

Si un tribunal le encuentra culpable de canjear los beneficios de Food Assistance por sustancias controladas, perderá dichos beneficios por dos años la primera vez y para siempre la segunda vez.

No recibirá Food Assistance por 10 años si se le encuentra culpable de obtener o intentar obtener Food Assistance en más de un grupo familiar a la vez. Esta sanción se aplica si proporciona información incorrecta acerca de quién es o dónde vive.

Dar información falsa a propósito puede ocasionar que iniciemos acciones legales en su contra, ya sea acciones penales o civiles. También puede ocasionar que sus beneficios sean reducidos o que deba reintegrar el dinero que recibió.

Cosas que debe saber:

Los grupos familiares elegibles para Food Assistance pueden recibir una notificación informándoles que son elegibles para el programa “Promoting Awareness of the Benefits of a Healthy Marriage” (Promoción para concientizar sobre los beneficios de un matrimonio sano) y un panfleto describiendo dichos beneficios. Al entregar esta información, DHS puede utilizar normas diferentes que podrían ayudarle a obtener Food Assistance.

Si recibe un sobrepago de Food Assistance, DHS le entregará sus respuestas a las agencias federales y estatales, así como también a agencias privadas que se encargan de cobrar reclamos, para que recuperen el sobrepago.

La oficina de Food Assistance puede comunicarse con otras personas u organizaciones para obtener comprobantes de su información.

Al firmar este formulario, usted acepta que todos los integrantes de su grupo familiar cumplirán con las normas laborales y de capacitación.

Medicaid o State Supplementary Assistance (SSA)

Parte G

Cosas que debe saber:

En un plazo de 5 días hábiles a partir de la fecha en que ocurra un cambio, deberá informarle a DHS acerca de cambios como:

- Ingresos, inclusive pagos por única vez, como por ejemplo: manutención de menores vencida y adeudada, herencias, convenios o asistencia en efectivo para servicios médicos
- Recursos y activos, entre los que se incluye recibir una herencia
- Personas que se mudaron de su hogar o fueron a vivir al mismo
- La cobertura de su seguro médico
- Si presenta un reclamo al seguro o contrata un abogado para recuperar el importe de las facturas pagadas por Medicaid
- Cambio de domicilio residencial o dirección postal

Debe presentar los números del seguro social de todas las personas que soliciten Medicaid. Esto es obligatorio de acuerdo a la Sección 1137(a)(1) de la Ley de Social Security y 42 CFR 435.910. Utilizamos los números de seguridad social para:

- Verificar ingresos, elegibilidad y pagos de Medicaid
- Determinar el derecho de una persona a recibir Medicaid
- Cumplir con la ley federal
- Comparar registros con otros organismos

Si se le aprueba para Medicaid, usted renunciará a su derecho de recibir ayuda económica para pagos médicos mientras reciba Medicaid. El Estado de Iowa retendrá y utilizará esos pagos para pagar parte de su cobertura médica. Infórmele a su asistente si comienza a recibir ayuda económica para pagos médicos.

Puede pedirle ayuda a la Unidad de Child Support Recovery cuando lo desee. Una vez que lo haya hecho, deberá cooperar con ellos para continuar recibiendo Medicaid en carácter de padre/madre o cuidador(a) con necesidades. Si desea cancelar sus servicios de manutención para menores, llame al 1-888-229-9223 para averiguar cómo comunicarse con la oficina local de manutención.

Es necesario tener una certificación médica expedida por Iowa Medicaid Enterprise (IME) para ciertos programas médicos.

Los pagos de futuros servicios médicos impagos se harán directamente a los médicos y proveedores bajo el Programa de Seguro Médico Medicare (Medicare Parte B).

Si el estado de Iowa se constituye en el beneficiario de los remanentes de una renta vitalicia para que usted califique para recibir pagos de Medicaid por atención médica a largo plazo, el estado de Iowa recibirá todos los beneficios restantes de la renta vitalicia hasta completar el monto pagado de beneficios Medicaid.

Al firmar esta solicitud, usted autoriza a DHS a compartir:

- su expediente médico y otros registros con funcionarios federales y estatales.
- el estado de su caso de Medically Needy, el monto de su deducible, y las facturas utilizadas para cumplir con el deducible, con el proveedor cuyas facturas se estén utilizando.
- la fecha de vencimiento de la prima de Medicaid para personas empleadas con discapacidades (Medicaid for Employed People with Disabilities, MEPD) con su proveedor médico.
- la información de su solicitud para servicios especiales a domicilio y comunitarios (Home- and Community-Based Services, HCBS) con la agencia elegida para manejar su caso o con el administrador del Programa de Servicios para Lesiones Cerebrales (Brain Injury Services Program) del Departamento de Salud de Iowa (IDPH) (en el caso de solicitudes de servicios especiales HCBS por lesiones cerebrales)
- la fecha de presentación de su solicitud con su institución médica.

Al firmar esta solicitud, usted autorizará a su proveedor de atención médica a compartir:

- su historia clínica con una Administradora de Seguros Médicos (HMO), Proveedor de Atención Médica Primaria (PHP), u otro proveedor de medicina prepaga.
- información con la Unidad de Servicios Médicos de Iowa Medical Enterprise (IME) para certificar que existe necesidad médica para ciertos programas o servicios de Asistencia Médica.

Acepto asignar a la agencia Medicaid los pagos médicos que realicen terceros para mí y otras personas elegibles para Medicaid, para quienes estoy legalmente autorizado/a a asignar beneficios. También me comprometo a cooperar para obtener pagos médicos provenientes de terceros.

Esta autorización finalizará cuando su Medicaid termine.

Sanción del Programa FIP

No recibirá FIP por 10 años si se le encuentra culpable de obtener o intentar obtener FIP en más de un estado a la vez. Esta sanción se aplica si proporciona información falsa acerca de dónde vive

Cosas que debe saber:

En un plazo de 10 días a partir de la fecha en que ocurra un cambio, deberá informarle a DHS acerca de cambios como:

- Ingresos, cuando comienzan y terminan, incluso si recibe una herencia o un pago por única vez por manutención de menores vencida y adeudada
- Recursos y activos
- Personas que se mudan de su hogar o van a vivir al mismo
- Cambio de domicilio residencial o dirección postal
- Recepción de números de Social Security
- Cambio de escuela de un menor

Si su solicitud de FIP o Refugee Cash Assistance es aprobada, su Food Assistance podría ser reducida o cancelada.

Si se le aprueba para FIP, se le inscribirá en el programa PROMISE JOBS. Usted acepta que todos los integrantes de su grupo familiar que deban cooperar con PROMISE JOBS cumplirán con esto. Hable con su asistente si cree que existen motivos para no cooperar.

Si decide no participar en PROMISE JOBS, sus beneficios FIP serán limitados.

Mientras reciba FIP, deberá renunciar a sus derechos sobre la manutención de menores durante los meses que reciba FIP. El estado de Iowa retendrá la manutención de menores para reintegrar el dinero que usted recibe de FIP

Cosas que debe saber:

En un plazo de 10 días a partir de la fecha en que ocurra un cambio, deberá informarle a DHS acerca de cambios como:

- Ingresos, incluso cambios en la tarifa por hora y cuando los ingresos empiezan o terminan
- Horas de trabajo
- Cambio de domicilio residencial o dirección postal
- Horario de clases
- Personas que se mudan de su hogar o van a vivir al mismo
- Cambio de proveedor de cuidado infantil